

U. PORTO

FMUP FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2016/2017

João Pedro Lázaro Mendes

Repensar as Parcerias Público-Privadas

no setor da saúde?

Rethinking Public-Private Partnerships

in the health sector?

março, 2017

FMUP

João Pedro Lázaro Mendes
Repensar as Parcerias Público-Privadas
no setor da saúde?
Rethinking Public-Private Partnerships in
the health sector?

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Administração Hospitalar

Tipologia: Monografia

**Trabalho efetuado sob a Orientação de:
Doutora Guilhermina Maria da Silva Rêgo**

**Trabalho organizado de acordo com as normas da revista:
Revista Portuguesa de Gestão & Saúde**

março, 2017

Eu, João Pedro Lázaro Mendes, abaixo assinado, nº mecanográfico 201100008, estudante do 6º ano do Ciclo de Estudos Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste projeto de opção.

Neste sentido, confirmo que **NÃO** incorri em plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual, ou partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores, foram referenciadas, ou redigidas com novas palavras, tendo colocado, neste caso, a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 01/03/2017

Assinatura conforme cartão de identificação:

João Lázaro Mendes

NOME

João Pedro Lázaro Mendes

NÚMERO DE ESTUDANTE

201100008

DATA DE CONCLUSÃO

2017

DESIGNAÇÃO DA ÁREA DO PROJECTO

Administração Hospitalar

TÍTULO MONOGRAFIA

Repensar as Parcerias Público-Privadas no setor da saúde?

ORIENTADOR

Professora Doutora Guilhermina Maria da Silva Rêgo

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTES TRABALHOS APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 01/03/2017

Assinatura conforme cartão de identificação:

João Lázaro Mendes

Título: Repensar as Parcerias Público-Privadas no setor da saúde?
Title: Rethinking Public-Private Partnerships in the health sector?

Nome: João Pedro Lázaro Mendes
Orientador: Professora Doutora Guilhermina Maria da Silva Rêgo
Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
Al. Prof. Hernâni Monteiro P- 4200 Porto
Email: mimed11225@med.up.pt / jplazarom@gmail.com
Telefone: 964456601

Índice

Resumo.....	1
Abstract	2
Introdução.....	3
I – A evolução das PPP	5
II – A experiência atual - Primeira vaga de projetos hospitalares	8
III - Discussão.....	11
IV – Considerações Finais	13
Conflito de interesses	14
Bibliografia	15
Figura.....	17
Tabela	18

Resumo

Com o esperado aumento dos gastos no setor da saúde tornou-se premente encontrar soluções que permitam uma melhor organização e gestão dos recursos. Nesse sentido, procurou-se integrar as sociedades gestoras privadas na prestação de cuidados de saúde públicos, de forma a introduzir uma maior eficiência aliada a uma componente de partilha de riscos. Desta forma, surgiram as Parcerias Público-Privadas (PPP) no setor da saúde. Em Portugal, utilizou-se um modelo que integra os operadores privados na gestão do edifício, na prestação de cuidados clínicos e, no caso dos hospitais de substituição, na construção dos imóveis. Esta é uma forma de parceria sem paralelo a nível mundial, cujos dados recentemente obtidos estimularam a realização de vários estudos.

Este trabalho procura contribuir para a reflexão necessária sobre a aplicação dos modelos de PPP no setor da saúde em Portugal, salientando a importância de haver prudência na introdução de novas medidas. Pelos dados analisados, verifica-se que dificilmente se pode aferir taxativamente sobre a superioridade ou não dos projetos desenvolvidos em regime de PPP face aos modelos habituais de construção e gestão pública das unidades hospitalares.

Palavras-chave: Parceria Público-Privada (PPP), Saúde, Modelos, Gestão.

Abstract

With the expected increase in spending in the health sector it has become urgent to find solutions that allow better organization and management of resources. In this sense, we sought to integrate private management companies in the provision of public health care, in order to introduce greater efficiency allied to a risk-sharing component. In this way, the Public-Private Partnerships (PPP) in the health sector emerged.

In Portugal, a model was used that integrates private operators in the management of the building, in the provision of clinical care and, in the case of replacement hospitals, in the construction of real estate. This is a form of unparalleled partnership at world level whose recent data have stimulated many studies.

This paper seeks to contribute to the necessary reflection on the application of PPP models in the health sector in Portugal, stressing the importance of caution in the introduction of new measures. According the data analyzed in this study, it can also be difficult to ascertain the superiority or not of the projects developed under the PPP regime, compared to the usual models for the construction and public management of hospital units.

Key-words: Public Private Partnership, Health, Models, Management

Introdução

De acordo com a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), as tendências recentes verificadas nos gastos com a saúde reforçam as preocupações contínuas sobre o seu financiamento e a forma como os recursos são utilizados neste setor. Apesar da diminuição do crescimento dos gastos com a saúde verificado ultimamente nos países da OCDE, fruto de medidas austeritárias, nomeadamente em Portugal, as preocupações com a sustentabilidade fiscal dos sistemas de saúde mantêm-se (OCDE, 2015).

Desde há alguns anos, que a incapacidade das organizações estatais tradicionais responderem aos novos desafios económicos, tecnológicos e sociais e os problemas emergentes associados tornaram necessária a adoção de novos métodos de gestão da saúde (Rego et al, 2009, pp. 367-81).

Nesse sentido, tem-se seguido duas vias distintas em Portugal. Por um lado, tem-se alterado a gestão pública das unidades hospitalares, nomeadamente procedendo-se a alterações ao nível do financiamento, do estatuto jurídico e da contratualização dos serviços que prestam. Por outro lado, foram desenvolvidos projetos em regime de parceria público-privada, promovendo a participação do setor privado na gestão e financiamento dos projetos na área da saúde (Tribunal de Contas, 2013).

Assim, o Decreto-Lei n.º 185/2002 de 20 de Agosto surgiu para definir o regime jurídico das parcerias em saúde com gestão e financiamentos privados, tendo em vista o aprofundamento das experiências de gestão e a crescente participação do sector privado nos diferentes modelos e formas contratuais. A publicação deste diploma procurou definir os princípios gerais para o estabelecimento destas parcerias, tendo em consideração que a saúde é uma área da maior importância para o bem-estar dos cidadãos.

Como é referido por Nunes (2012), no seguimento da tendência crescente para o SNS contratualizar com operadores pertencentes aos sectores privado, cooperativo e social surgiu em 2003 a Entidade Reguladora da Saúde (ERS), de forma a obrigar estes operadores a seguir as mesmas regras de atuação que os operadores públicos. De facto, o Decreto-lei subjacente à sua criação (Decreto-Lei nº 86/2003 de 26 de abril), define que as atribuições da ERS compreendem a regulação e supervisão da atividade e funcionamento dos estabelecimentos, instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde no que respeita ao acesso dos utentes aos cuidados de saúde e à observância dos níveis de qualidade e segurança.

Neste momento, como é referido pela Direção Geral do Tesouro e Finanças (2012), as PPP hospitalares existentes em Portugal fazem parte de uma 1ª vaga de projetos lançada entre 2003 e 2007 e assentam num contrato de gestão celebrado com duas entidades gestoras, uma para a gestão do edifício e outra para a componente de serviços clínicos. A entidade gestora do estabelecimento assume a aquisição e financiamento do equipamento médico necessário ao funcionamento da unidade hospitalar e a gestão da prestação dos serviços clínicos durante um período de 10 anos, enquanto a entidade gestora do edifício assume a prestação dos serviços infraestruturais durante um período de 30 anos, sendo responsável pela sua conceção, construção, financiamento e manutenção. Os hospitais em regime de Parceria Público-Privada são o Hospital Beatriz Ângelo (em Loures), o Hospital de Braga, o Hospital de Cascais e o Hospital de Vila Franca de Xira (ACSS, 2016).

O objetivo deste trabalho é contribuir para a discussão sobre as vantagens e desvantagens das PPP no setor hospitalar no que concerne a questões como a eficácia, a eficiência, a qualidade, o custo e a regulação. Pretende ainda constituir uma reflexão importante sobre o interesse de se estabelecerem novas parcerias, bem como sobre a utilidade da continuação dos contratos em vigor.

I – A evolução das PPP

A experiência do Hospital Fernando da Fonseca

Tal como é referido por Simões (2004), a primeira experiência de implementação de um modelo de gestão privada num hospital público iniciou-se em 1995 com a celebração do contrato de gestão do Hospital Fernando da Fonseca (HFF), na Amadora, entre a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) e o consórcio privado - Hospital Amadora/Sintra, Sociedade Gestora, S.A. (HASSG). Desta experiência destacam-se os resultados obtidos pelo Instituto Nacional de Administração (INA) e o trabalho efetuado por Pedro Pita Barros. Ambos fazem uma avaliação comparada entre o HFF e o Hospital Garcia de Orta (em Almada).

Do estudo do INA, de 1999, destacavam-se como aspetos positivos do contrato do HFF os ganhos de eficiência, os incentivos à produção, a contenção de gastos, as aquisições a melhor preço, a formação orientada para o desempenho e os prémios proporcionais à qualidade e aos resultados do desempenho individual. Em sentido oposto, observaram-se, como inconvenientes, o menor incentivo à diferenciação profissional, a constatação de problemas de recrutamento e de estabilidade na carreira, a concentração casuística dos diagnósticos mais frequentes e de menor severidade e o facto de a limitação do contrato de gestão a cinco anos poder limitar medidas estratégicas, em especial na área dos investimentos (Instituto Nacional de Administração, 1999).

Quanto ao estudo de Barros, este considera apenas um tipo de problemas – acidentes cerebrovasculares (grupo de diagnóstico homogéneo 14). Apesar da opção por um único problema condicionar as generalizações, este foi selecionado por ser frequente nos hospitais portugueses e por apresentar uma mortalidade associada que permite uma análise estatística com algum significado. Em termos de população coberta por cada hospital, em relação ao dimensionamento, às taxas de ocupação e ao número de trabalhadores o Hospital Fernando da Fonseca e o Hospital Garcia de Orta apresentavam características que permitiam a comparação entre eles. A análise efetuada por Barros (2005) centrou-se no cálculo de probabilidades de sobrevivência simuladas, ou seja, qual seria a probabilidade de sobrevivência de um conjunto de doentes se tivessem sido tratados no outro hospital.

Os resultados obtidos foram globalmente favoráveis ao HFF, nomeadamente por apresentar melhor distribuição das probabilidades de sobrevivência e uma evolução

claramente positiva e estatisticamente significativa ao longo do tempo em termos de eficiência (Barros, 2005).

Importa ter em consideração que esta comparação é efetuada entre um Hospital PPP e um hospital do sector público administrativo (SPA). Com a introdução das regras empresariais ao sector da saúde, nomeadamente o *New Public Management*, e com a alteração da natureza jurídico-institucional dos hospitais do SNS, estes tornaram-se primeiramente Hospitais sociedades anónimas (S.A.) e posteriormente Hospitais E.P.E. Ora, de acordo com Rego (2011), a introdução de uma gestão empresarial veio melhorar globalmente o desempenho dos hospitais do SNS.

Assim sendo, não seria possível utilizar estes dados para defender a manutenção desta PPP, uma vez que a compara com um método de gestão obsoleto e aparentemente inferior. De qualquer forma, esta parceria terminou em 2008 por decisão do governo, tendo sido transformado num hospital E.P.E..

O caso do Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul (CMFRS)

O Centro de Medicina Física de reabilitação do Sul, localizado em S. Brás do Alportel, é desde Junho de 2006 gerido ao abrigo de um contrato de gestão celebrado entre a ARS Algarve e uma entidade do setor privado – a Sociedade Gestora do CMFRS, S.A., cujo objetivo é a realização de prestação de cuidados de saúde de medicina física e de reabilitação, a instalação e a exploração do Centro, a manutenção e a conservação do edifício e a manutenção e conservação dos equipamentos integrantes. No regulamento interno pode-se ler que a missão deste Centro é prestar, na sua área de influência, cuidados diferenciados de reabilitação a pessoas portadoras de grande limitação funcional, nos regimes de internamento, hospital de dia e ambulatório, com carácter intensivo e cumprindo padrões de excelência com vista à maximização do potencial de reabilitação de cada doente e ao pleno exercício da cidadania. Em relação à área de influência, esta engloba as regiões do Baixo Alentejo e do Algarve e uma população de cerca de 500.000 pessoas, podendo ainda prestar cuidados à população de outros distritos do país desde que tenha capacidade disponível e não ocorram listas de espera (Simões et al., 2009 e CMR Sul.)

A Equipa de Análise Estratégica para o Acompanhamento Externo de Modelos de Gestão Hospitalar procedeu à avaliação comparada do desempenho do CMFRS, tendo apresentado à ministra da saúde um relatório final em Junho de 2009. Nesta avaliação concluiu-se que não há um Centro de Reabilitação que domine os restantes, porque há sempre uma dimensão em que um deles é dominado pelo menos por um dos outros.

No estudo realizado, as cinco áreas de resultados definidas para a análise foram: custos, eficácia, eficiência, equidade e qualidade. Em relação aos custos, verificou-se que o CMFRS apresentou um fraco desempenho em 2008 que pode ser justificado por uma baixa taxa de ocupação face a uma elevada componente de custos fixos. Quanto à eficácia e à eficiência o CMFRS não apresentou os melhores indicadores, mas é necessário ter em conta que a falta de utilização da sua capacidade máxima é novamente o principal factor penalizador. No que concerne à qualidade e à equidade o CMFRS apresentou melhores resultados, sobretudo devido à inexistência de listas de espera, que é resultado direto das disposições contratuais. Assim, os autores acabam por reconhecer que as conclusões não são tão claras quanto se pretendiam em relação a determinar que modelo apresenta melhores resultados. Ainda assim, realçam que o melhor posicionamento do CMFRS em diversos indicadores é estrutural, uma vez que o contrato “obriga” a um bom desempenho, enquanto, por outro lado, o principal factor penalizador é a baixa utilização, perspetivando uma melhoria significativa se for resolvido o problema de procura (Simões et al., 2009).

II – A experiência atual - Primeira vaga de projetos hospitalares

Como apontado pelo Tribunal de Contas (2009), o desenvolvimento da rede hospitalar mediante o recurso a PPP iniciou-se em 2001 com o anúncio pelo XIV Governo Constitucional daquela que veio a ser designada como a primeira vaga de PPP da saúde que integrava dois novos hospitais (Loures e Sintra) e três hospitais de substituição (Cascais, Braga e Vila Franca de Xira).

O modelo PPP preconizado envolvia um contrato a ser executado por duas sociedades gestoras. Conforme referido anteriormente, uma para a gestão do estabelecimento hospitalar que assumia a prestação dos serviços clínicos durante um prazo de 10 anos e outra para a gestão do edifício hospitalar que assumia a prestação dos serviços infraestruturais durante um período contratual previsível de 30 anos. Este modelo aplicava-se quer aos esquemas PPP relativos a novos hospitais, quer aos projetos que visavam desenvolver hospitais de substituição, tal como ilustra a Figura 1. No caso dos hospitais de substituição, o operador privado assumia também a gestão geral e clínica do hospital a substituir, bem como a responsabilidade da transferência das operações da velha unidade hospitalar para a nova (Simões, 2004).

Os contratos de gestão dos hospitais preconizados na primeira vaga só foram celebrados vários anos após o seu anúncio, nomeadamente os relativos aos hospitais de Cascais, em 2009, de Braga, em 2009 e de Vila Franca de Xira, em 2011, que foram substituídos por novos hospitais em 2010, 2011 e 2013, respetivamente, e ao Hospital Beatriz Ângelo (Loures), em 2012, que entrou em funcionamento nesse mesmo ano.

Em relação à avaliação da gestão destes hospitais, destacam-se as conclusões obtidas pelo estudo pedido pelo ministério da saúde à ERS (2016), no qual foram avaliadas quatro vertentes: eficiência relativa, eficácia, qualidade clínica e custos de regulação.

Em relação à eficiência relativa, constatou-se que os hospitais PPP se revelam globalmente eficientes, ainda que não se tenham encontrado diferenças estatisticamente significativas que mostrem uma maior ou menor eficiência quando comparados com os hospitais não PPP.

Quanto à eficácia, destaca-se que no indicador de percentagem de cirurgias em ambulatório no total de cirurgias programadas para procedimentos ambulatorizáveis, todos os hospitais PPP apresentaram melhor desempenho relativo face à média do grupo não PPP, e com diferença estatisticamente significativa. Além disso, o resultado em termos de percentagem de cirurgias realizadas dentro dos Tempos Máximos de Resposta

Garantidos (TMRG) foi globalmente positivo para as PPP, na comparação com os outros hospitais do grupo homogéneo. Também a capacidade de resolução de necessidades cirúrgicas dos hospitais PPP se revelou superior, embora sem identificação de diferença estatisticamente significativa. Em sentido oposto, verificou-se que os hospitais PPP apresentaram um desempenho pior no que se refere à percentagem de primeiras consultas médicas realizadas dentro do TMRG. Também em termos de resolatividade de internamento e de percentagem de fraturas de anca com cirurgia efetuada nas primeiras 48 horas os hospitais PPP revelaram-se globalmente inferiores, embora sem se verificar diferença estatisticamente significativa.

No que concerne à qualidade, verificou-se que os hospitais PPP apresentam resultados, avaliados através do projeto SINAS, em média, favoráveis quando comparados com os hospitais públicos com regime de gestão distinto. Apesar disso, a percentagem de reclamações que visaram os hospitais PPP é superior à representatividade que esses hospitais têm no total dos hospitais gerais públicos visados, havendo uma tendência de aumento do número de reclamações em anos recentes.

No respeitante aos custos de regulação, verificou-se que foi necessária a mediação pela ERS entre as entidades gestoras dos estabelecimentos hospitalares e a respetiva entidade pública contratante em três dos quatro hospitais com gestão em regime de PPP. Contudo, não se pode concluir que houve uma maior ocorrência de litígios, na medida em que os contratos de gestão dos hospitais PPP obrigam a que as partes tentem chegar a um acordo antes do recurso à arbitragem, sendo que esta obrigação não se verifica para os outros hospitais públicos.

A Entidade Reguladora da Saúde (2016), reconhece que, apesar da análise empreendida envolver quatro vertentes e uma multiplicidade de informações, variáveis e dimensões, sem algum tipo de ponderação que valorize mais ou menos umas áreas em detrimento de outras, não se retira uma ilação global a respeito da vantagem ou desvantagem da gestão em regime de PPP.

Mais recentemente, o Centro de Estudos Aplicados da Universidade Católica (2016), utilizando os dados disponíveis na ACSS, procurou por várias abordagens calcular o valor teórico que teria custado prestar o serviço no Hospital de Braga, caso o mesmo tivesse sido prestado por um hospital estatal do SNS.

Como as análises recentemente feitas em outros estudos comprovam que o Hospital de Braga prestou um serviço de grande qualidade, quando comparado com os serviços prestados nos restantes hospitais do SNS, os autores partem da premissa que a qualidade

do serviço prestado teria sido a mesma e centram o seu trabalho na análise do custo dos serviços prestados.

Deste trabalho, destaca-se que o *Value for Money* da Parceria Público Privada do Hospital de Braga calculado é amplamente positivo e representa uma poupança entre 15% a 22% do custo que teria gerir o hospital por uma entidade pública. De acordo com os autores, este resultado foi conseguido devido não só a um real ganho de eficiência obtido pelo privado, como descrevem as boas práticas e a boa utilização de uma PPP, mas também porque houve prejuízos para o privado. A forma como o contrato foi desenhado, com enorme rigidez e uma dispendiosa carga impositiva em obrigações e deveres entre o público e o privado, são apontados como constrangimentos a um maior sucesso desta parceria, devendo, por isso, ser revistos numa futura oportunidade.

III - Discussão

De acordo com a *European Commission* (2014), o estabelecimento de contratos em modelo de parceria público-privada no setor da saúde desenvolveu-se com o objetivo de encontrar um método inovador que permitisse atender às exigências futuras relativamente à prestação de cuidados de saúde.

Genericamente, as PPP na saúde apresentam alguns potenciais benefícios. Estes podem incluir uma redução dos gastos governamentais, uma maior eficiência e uma melhor gestão dos cuidados de saúde. Também podem ser uma forma de melhorar o conhecimento técnico e um incentivo ao desenvolvimento tecnológico (através de incentivos contratualizados), o que pode levar a uma melhoria da qualidade. Contudo, como refere Nikolic et al. (2006), existem também vários problemas nomeadamente quanto à atribuição dos riscos e das recompensas, bem como referentes à monitorização do desempenho e da qualidade dos serviços prestados pelos operadores privados.

No caso português, nomeadamente na primeira vaga de projetos hospitalares, as parcerias foram realizadas com recurso a uma solução do tipo DBFO (*Design, Built, Finance, Operate*), contemplando a conceção, construção e exploração de novas unidades hospitalares. Genericamente este modelo apresenta várias vantagens, destacando-se a integração dos operadores privados desde o início do processo de programação e construção das unidades, com efeitos positivos nos custos e prazos de execução das obras, sendo que também os custos de exploração se tornam mais previsíveis e controláveis. Por outro lado, pode verificar-se uma perda do controlo público da qualidade do serviço prestado, devido à insuficiência dos mecanismos de responsabilização do parceiro privado e à assimetria de informação (Simões, 2004).

Como vimos anteriormente, os resultados obtidos em várias experiências realizadas em Portugal não permitem concluir decididamente sobre a superioridade ou não dos projetos desenvolvidos em regime de PPP face aos modelos habituais de construção e gestão pública das unidades hospitalares.

Efetivamente, a falta de evidência sobre o assunto tem vindo a ser apontada. Em 2009, o Tribunal de Contas alertou para o facto de o Estado ter optado por um modelo de parceria complexo e sem paralelo no campo internacional, num ministério – o da saúde – sem qualquer experiência prévia em PPP. Em 2013, a mesma entidade sublinhou os riscos acrescidos decorrentes do facto de não ter existido um projeto-piloto antes do lançamento, em vaga (como então foi designado), das PPP das grandes unidades hospitalares, que

permitisse a necessária ponderação dos modelos de PPP a adotar e sedimentar um maior conhecimento dos riscos em fase de execução contratual, com especial incidência na vertente mais complexa dos serviços clínicos. Esta ideia é corroborada pelo *Expert Panel on Effective ways of Investing in Health*, da *European Commission* (2014), que referia que existe falta de evidência científica de que as PPP são rentáveis em comparação com as formas tradicionais de financiamento e gestão públicas de prestação de cuidados de saúde.

De facto, se atendermos à experiência internacional, constatamos que o Reino Unido é o país com mais experiência em PPP na saúde, nomeadamente por registar não só um maior número de contratos celebrados, mas também pelo facto de a quota de mercado que estes representam ser superior à de qualquer outro país. No entanto, os consórcios privados normalmente só participam no financiamento, na construção e na manutenção das novas infraestruturas hospitalares, sendo menos frequente os casos em que também se envolvem na gestão hospitalar (Espigares et al., 2011). Ainda assim, não deixa de ser importante analisar algumas conclusões que se têm obtido neste país. Num artigo publicado no *Bulletin of the World Health Organization*, Mckee et al. (2006), constatam que o custo e o prazo de entrega dos projetos cumpriam o determinado nos contratos, mas que havia preocupações em relação à qualidade da gestão do estabelecimento, verificando-se problemas significativos em muitos hospitais construídos usando este modelo. Os problemas de qualidade verificados em diferentes hospitais do Reino Unido encontram-se descritos na tabela 1. Os autores terminam por concluir que, embora seja prematuro afirmar se os problemas estão relacionados com o modelo ou com a sua implementação, parece que as PPP vieram complicar ainda mais a difícil tarefa de construir e gerir um hospital. Hellowell et al. (2007), concluíram que, no Reino Unido, relativamente à gestão dos estabelecimentos hospitalares, embora em fases iniciais se tenham feito cortes no sentido de garantir o cumprimento do orçamento das PPP, a verdade é que o desvio orçamental continua a ser significativo.

IV – Considerações Finais

É reconhecida a necessidade de se procurarem novos métodos de gestão da saúde, de forma a responder às necessidades crescentes neste setor. A expectativa é que os custos venham a tornar cada vez maiores em resultado da introdução de dispendiosos métodos terapêuticos e do aumento da esperança média de vida, pelo que é essencial continuar a procurar modelos que permitam uma melhor gestão dos recursos. Nesse contexto, surgiram os projetos de parcerias público-privadas na saúde que, apesar de apresentarem várias vantagens teóricas, ainda não conseguiram mostrar evidência de constituírem o melhor modelo a seguir. A gestão dos contratos de concessão, a articulação entre o setor público e privado e a regulação das atividades clínicas nem sempre é fácil e para que possa ter sucesso exige empenho da parte do financiador (Estado), do operador (privado) e do regulador (ERS).

Fundamentalmente, tal como é referido por Rego (2011), é preciso ter em conta que qualquer reforma no setor da saúde exige uma apreciação cautelosa de toda a envolvente e de todos os cenários que possam daí decorrer, pois os efeitos de uma reforma infundada são por vezes irreversíveis e silenciam os princípios de justiça, de solidariedade e de equidade.

Para além disso, segundo o Tribunal de Contas (2013), é preciso considerar que os encargos deste tipo de projetos vão para além dos contratos de concessão, uma vez que exigem custos com a reorganização dos serviços nas regiões de saúde.

Deste modo é essencial que se veja com prudência a celebração de novos projetos de parcerias público-privadas na saúde, independentemente do modelo a aplicar. Antes de mais é preciso encontrar mais evidências favoráveis a este tipo de gestão. Quanto aos projetos em curso, é possível defender-se a favor da continuação dos mesmos, visto que estes apresentam alguns indicadores positivos, encontrando-se globalmente em linha com o desempenho dos restantes hospitais do SNS.

Conflito de interesses

O autor declara não haver qualquer conflito de interesses no que diz respeito ao conteúdo deste texto.

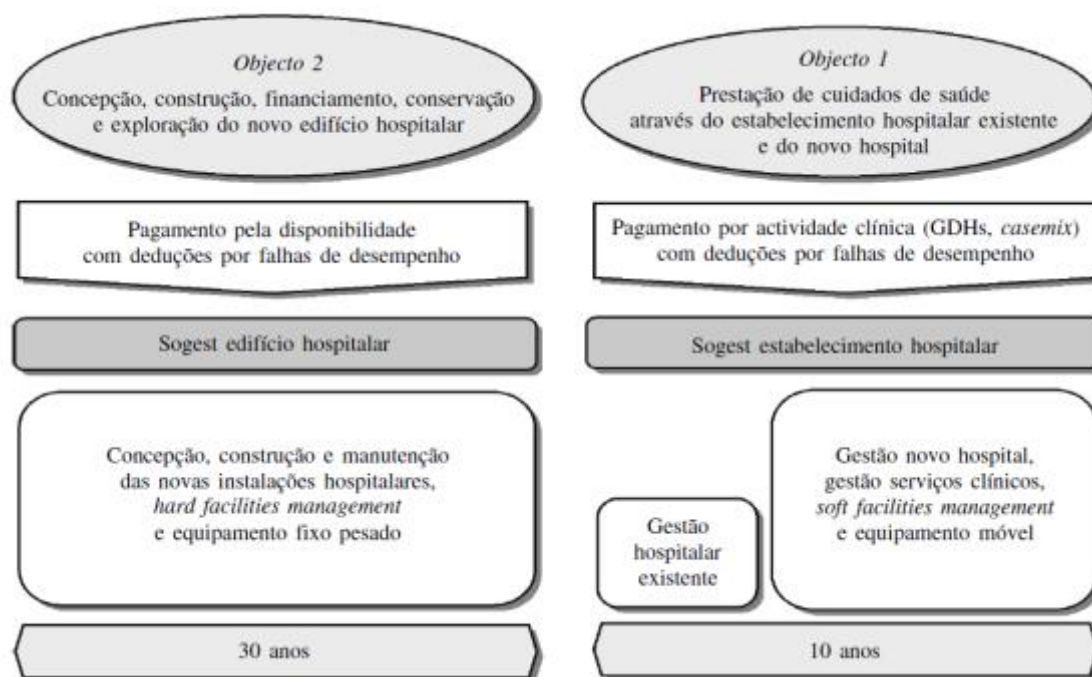
Bibliografia

- ACSS (2016); Parcerias Público-Privadas. Lisboa: Ministério da Saúde. Disponível em: www.acss.min-saude.pt/2016/10/12/parcerias-publico-privadas/
- Barros (2005), P.P. Economia da Saúde. 1ª edição. Coimbra: Livraria Almedina S.A..
- Centro de Estudos Aplicados da Universidade Católica (2016); Estudo de avaliação do Value for Money da Parceria Público Privada do Hospital de Braga. Lisboa.
- CMR Sul. Faro: Ministério da Saúde. Disponível em: www.cmfrsul.min-saude.pt/portal/
- Decreto-Lei nº 86/2003 de 26 de abril; Primeira alteração ao Dec Lei nº 185/2002, de 20 de Agosto.
- Decreto-Lei nº 185/2002, de 20 de Agosto; Regime jurídico das parcerias em saúde com gestão e financiamentos privados.
- Direção Geral do Tesouro e Finanças (2012); Parcerias Público-Privadas e Concessões – Relatório 2012. Lisboa.
- Entidade Reguladora da Saúde (2016); Estudo de Avaliação das Parcerias Público-Privadas na Saúde. Porto.
- Espigares J, Torres E (2011). Public-Private Partnership as a new way to deliver healthcare services: XVI Encuentro de Economía Pública. Granada.
- European Commission (2014); Health and Economic Analysis for an Evaluation of the Public-Private Partnerships in Health Care Delivery across Europe. Brussels.
- Hellowell M, Pollock A (2007). Private finance, public deficits: A report on the cost of PFI and its impact on health services in England. Centre for International Public Health Policy, University of Edinburgh.
- Instituto Nacional de Administração (1999); Avaliação dos Hospitais Fernando da Fonseca e Garcia de Orta.
- Mckee M, Edwards N, Atun R (2006). Public-private partnerships for hospitals. Bull World Health; pp. 84:890-6.

- Nikolic, I, Maikisch H (2006). Public-private partnerships and collaboration in the health sector: an Overview with Case Studies from Recent European Experience. Washington: World Bank.
- Nunes (2012), R. Regulação da Saúde. 2ª edição. Porto: VidaEconómica – Editorial, S.A.
- OECD (2015); Briefing note for OECD Health Statistics 2015: How does health spending in Portugal compare?.
- Rego G, Nunes R, Costa J (2009). The challenge of corporatisation: the experience of Portuguese public hospitals. Eur J Health Econ. 2009;11: pp. 367-81.
- Rego G (2011). Gestão empresarial dos serviços públicos. 2ª edição. Porto: VidaEconómica – Editorial, S.A..
- Simões J (2004). Retrato Político da Saúde. 1ª edição. Coimbra: Livraria Almedina S.A..
- Simões, J. (coord.), Barros P.P., Silva, S.N., Temido, M. e Valente, S. (2009), “Análise e parecer sobre o processo de criação e desenvolvimento das parcerias para a construção de hospitais em regime de financiamento privado e avaliação comparada do desempenho do Centro de Reabilitação do Sul, em São Brás de Alportel”, Relatório final da Equipa de Análise Estratégica para o Acompanhamento Externo de Modelos de Gestão Hospitalar.
- Simões, J.A (2004), “As parcerias público-privadas no sector da saúde em Portugal”, Revista Portuguesa de Saúde Pública, 4, pp. 79-90.
- Tribunal de Contas (2009); “Auditoria ao Programa de Parcerias Publico Privadas na Saúde”, Relatório de Auditoria nº 15/2009-2ª Secção.
- Tribunal de Contas (2013); “Encargos do Estado com PPP na Saúde”, Relatório nº 18/2013-2ª Secção.

Figura

Figura 1: O modelo genérico de PPP para unidades hospitalares



Retirado de Simões (2004)

Tabela

Tabela 1: Problemas de qualidade identificados nos hospitais do Reino Unido com modelos de financiamento de participação privada.

Unidades financiadas pelos privados	Problemas
Cumberland Infirmary, Carlisle	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de componentes baratos que necessitam de manutenção permanente • Custos de manutenção são 50% mais altos do que o previsto • Saneamento e canalização de fraca qualidade • Sinalização escassa • Os pacientes que saem do departamento de cardiologia devem passar por cinco conjuntos de portas giratórias, embora a maioria deles esteja em cadeiras de rodas
Durham District General Hospital	<ul style="list-style-type: none"> • Laboratório de patologia inundou-se três vezes nos primeiros 18 meses, duas das quais com conteúdo do esgoto • Ventilação e filtração do ar deficientes • Acessórios de má qualidade; Armários leves e incapazes de suportar o peso dos equipamentos
Bishop Auckland Hospital	<ul style="list-style-type: none"> • Abertura foi atrasada por 2 meses devido a ajustes • Sistemas elétricos (gerador e núcleo) tiveram que ser redesenhados imediatamente após a abertura
Norfolk & Norwich Hospital	<ul style="list-style-type: none"> • As salas de pressão negativa só ficaram completamente operacionais ao fim de 2 anos • Havia condutas de ar incompletas, sem ligação ao sistema • Cozinhas sem ventilação (para que a equipe trabalhasse em temperaturas de 30°C), tendo sido registrados 44°C • Compartimentos de carregamento ineficientes

Hereford Hospital	<ul style="list-style-type: none"> • Caldeira em funcionamento sem estação de tratamento de água • Portas demasiado pesadas tendo em conta as limitações de muitos doentes • Três elevadores tiveram de ser redimensionados ao fim de 12 meses
Seacroft Hospital, Leeds	<ul style="list-style-type: none"> • Instituição de saúde mental descobriu ter violado "todas as seções do código de segurança contra incêndio"

Retirado de Mckee et al. (2006)

Agradecimentos

Agradeço à Professora Doutora Guilhermina Maria da Silva Rêgo pelo conhecimento transmitido e pela disponibilidade demonstrada.

Normas de Publicação

A Revista Portuguesa de Gestão & Saúde (RPGS) tem como objectivo analisar artigos, estudos e casos na área da gestão em saúde a partir de uma orientação científica. Por isso, apresentamos um conjunto de procedimentos formais que devem ser seguidos nos trabalhos a publicar, com o objectivo de os homogeneizar, diminuindo o trabalho complexo e moroso na revisão formal dos artigos e facilitando a tarefa dos avaliadores da RPGS.

Foram definidas as seguintes normas científicas de publicação que deverão ser seguidas pelos autores:

1. Todos os leitores com investigação académica ou jornalística na área da Gestão em Saúde podem submeter trabalhos originais no formato de artigos, estudos, casos ou resumos de teses de mestrado ou doutoramento. Também se aceitam resumos de livros, na área da Gestão em Saúde, notícias das instituições e eventos académicos.
2. Os trabalhos devem ser redigidos em português, no formato Word, em Times New Roman, corpo de letra 12 e espaço e meio. Os artigos, estudos e casos podem ter a extensão máxima de 30 mil caracteres (o equivalente a cerca de 15 páginas A4 dactilografadas), incluindo espaços, resumos, palavras-chave, CV, figuras, tabelas e gráficos, notas e referências bibliográficas.
3. Em todas as propostas deverão constar os CV resumidos (no máximo de 4 linhas) dos autores, em português e em inglês, i.e., enquadramento institucional, grau académico, funções actuais, e-mail, telefone e morada para envio de correspondência.
4. A fim de intensificar e promover o intercâmbio entre a comunidade científica nacional e internacional, os trabalhos têm de incluir, para além do título em português e inglês, o resumo em português e o *abstract* em inglês, cada um com não mais de 1.000 caracteres. O resumo/*abstract* deve expor o objectivo do trabalho, a metodologia seguida no mesmo, os resultados obtidos e as conclusões apresentadas.
5. Após o resumo e o *abstract* é indispensável a indicação das palavras-chave e *key-words*, respectivamente, representativos do trabalho (no máximo de 5).
6. Os trabalhos devem ser ordenados da seguinte forma: página com título na língua original, nomes, e-mails e CV resumidos dos autores em português e inglês (pela ordem da língua original), seguido à parte da repetição do título na língua original, resumo/*abstract* (conforme a língua do trabalho, aparece a do original primeiro), palavras-chave/*key-words* (conforme a língua do trabalho), título traduzido para português ou inglês (conforme a língua do trabalho), data da conclusão do trabalho, texto, notas referências bibliográficas e anexos.
7. As referências bibliográficas apresentadas devem ser integradas no texto de acordo com o sistema "apelido, data" (i.e., Hughes, 2000). Em caso de citações textuais, deve acrescentar-se o número da(s) página(s). Exemplos:
 - "Consequentemente, Shah (1998) classifica-a como...";
 - "Como é referido por Kelly (1995, p. 62) ...";
 - "Relativamente às expectativas do público, David (1975, pp. 47-50) ...";
 - Diversos autores: (Farr e oscovici, 1984) ou (Lewin et al., 1944).
8. A lista de referências bibliográficas, obrigatória e a incluir no final do texto, será organizada alfabeticamente e deverá obedecer ao formato dos exemplos seguintes:
 - Livro: CAMERON, K. and QUINN, R. (1999). *Diagnosing and Changing Organizational Culture*. EUA: Addison-Wesley.
 - Livro traduzido: SCHUMPTER, J. (1934). *The Theory of Economic Development*. Trad. R. Opie da 2ª ed. alemã (1926). Cambridge: Harvard University Press. [no corpo do texto deve referir-se: "SCHUMPTER (1926/1934) ..."]
 - Capítulo de livro: LOVEMAN, G. (1994), «An assessment of the productivity impact on information technologies». In T. Allen e M. Scott-Morton (eds.), *Information Technology and the Corporation of the 1990s: Research Studies*. Cambridge: MIT Press, pp. 84-110.
 - Artigo de publicação: ORTON, J. and WEICK, K. (1990). «Loosely Coupled Systems: A Reconceptualization». *Academy of Management Review*, vol. 15, n.º 2, pp. 203-223.
9. A publicação dependerá da avaliação anónima dos membros do Conselho Científico da RPGS. O Director e a Redacção reservam-se ao direito de não publicar os originais a que o Conselho Científico não atribua nível adequado ou que não obedecem às normas aqui referidas. Os autores serão avisados da sua publicação num prazo máximo de três meses. Poderão ser sugeridas pistas para o aperfeiçoamento dos trabalhos. Em cada trabalho serão indicadas as datas de recepção e de aceitação.
10. O material deve ser entregue em suporte electrónico, sendo preferível em anexo de e-mail.
11. O envio de um trabalho implica compromisso por parte dos autores de publicação exclusiva na RPGS, sendo o trabalho da sua inteira responsabilidade.
12. Os originais aceites para publicação ficam propriedade editorial da RPGS. Qualquer reprodução integral ou parcial dos mesmos só pode ser efectuada após autorização escrita do Director ou da Redacção e requerem referência à RPGS. Os originais não publicados não serão devolvidos.

Enviar correspondência para:
Revista Portuguesa de
Gestão & Saúde
Avenida Cidade de Montgeron, 212
4490-402 – Póvoa de Varzim
Fax: 252 688 939
E-mail: spgsaude@sapo.pt